

EXHIBIT 26

July 13, 2021

**CLERK, UNITED STATES DISTRICT COURT
ROOM 150 FEDERAL BUILDING
SAN JUAN, PUERTO RICO 00918 – 1767**

**RE: CLAIM NUMBER (28179) GOVERNMENT EMPLOYEES' RETIREMENT SYSTEM
CLAIM NUMBER (25360) MINIMUM FEDERAL WAGE
CLAIMS NUMBER (27280) (161653) CONTINGENT CLAIMS**

The reason for my Claim against the Employees' Retirement System is that the Government of Puerto Rico used my contributions into the Retirement System without formal authorization or request, including to pay its creditors.

Also, [this was done] without any prior notice and without authorization or consent, in gross violation and to the detriment of public employees, rendering said System inoperative. This was done in gross violation of our rights, jeopardizing our future livelihoods. The account statement issued by the Retirement Systems Administration (sent along with the claim and on subsequent occasions) contains evidence of the contributions made. The additional basis for our claim and the timeframe involved, in terms of the Government of Puerto Rico's use of our Retirement contributions, are also detailed in the enclosed documents.

Act No. 3-2013, whereby the [retirement] systems were reformed, was enacted as a result of said actions and bad practices, freezing the pensions at the June 30, 2013 levels, and eliminating benefits that had been acquired under Act 447 of Retirement Systems and Act No. 1-1990, thus creating dislocation and inequity among public employees.

On the other hand, the Government of Puerto Rico, in gross violation of the legislation and regulations on compensation of public employees (**Act No. 5-1975, Act No. 89-1979, Act No. 184-2014, and Act No. 8-2017**) and equal pay for equal work, failed to implement pay scales to adjust them to the minimum wages granted as of 1986, keeping them inoperative. Regarding this claim, we have received no notifications whatsoever about the Salary Adjustment.

I very respectfully request that this money be returned.



Mayra E. Torres Ramos
Urb. Ciudad Señorial calle Noble #73
San Juan, Puerto Rico 00926
Mobile: 787-243-1785
E-mail: beba_2163@yahoo.com



Proof of Claim: 28179

Claimant: Torres Ramos, Mayra E.

INFORMATION REQUEST FORM

Please confirm whether or not you dispute the amount of your pension payment by completing the "Claimant Response" box below and following the instructions laid out in the box. Please return this completed form and any additional documentation in support of your pension amount or independent claim, via email to: PRACRprocess@primeclerk.com, or by mail, hand delivery, or overnight mail to: Commonwealth of Puerto Rico ACR Processing Center, c/o Prime Clerk, LLC, 850 3rd Avenue, Suite 412, Brooklyn, NY 11232.

CLAIMANT RESPONSE REGARDING PROOF OF CLAIM No. 28179

 I/we DO NOT dispute the amount of my/our pension that I claimed under Proof of Claim No. **28179**, and DO NOT have an independent claim against the ERS unrelated to my/our pension benefits. I/we understand that there is no further action for the ERS to take, and that the ERS will consider my claim resolved.

OR

 X I/we DO dispute the amount of my/our pension that I claimed in Proof of Claim No. **28179**, or DO have an independent claim against the ERS unrelated to my/our pension benefits because (provide as much detail as needed. Attach additional pages if necessary and include any and all supporting documentation.):

Claimant Name: Mayra E. Torres Ramos

Claimant Signature: Mayra E. Torres Ramos

Date: July 13, 2021



Proof of Claim: 28179

Claimant: Torres Ramos, Mayra E

INFORMATION REQUEST FORM

Please confirm whether or not you dispute the amount of your pension payment by completing the "Claimant Response" box below and following the instructions laid out in the box. Please return this form and any additional documentation via email to: PRACRprocess@primeclerk.com, or by mail, hand delivery, or overnight mail to: Commonwealth of Puerto Rico ACR Processing Center, c/o Prime Clerk, LLC, 850 3rd Avenue, Suite 412, Brooklyn, NY 11232.

CLAIMANT RESPONSE REGARDING PROOF OF CLAIM NO 28179

____ I/we DO NOT dispute the amount of my/our pension that I claimed in Proof of Claim No. **28179** and DO NOT have an independent claim against ERS unrelated to my/our pension benefits. I/we understand that there is no further action for ERS to take, and that ERS will consider my claim resolved.

OR

____ I/we DO dispute the amount of my/our pension that I claimed in Proof of Claim No. **28179** or DO have an independent claim against ERS unrelated to my/our pension benefits because (provide as much detail as needed. Attach additional pages if necessary, and include any and all supporting documentation.):

Claimant Name: _____

Claimant Signature: _____

Date: _____



UNITED STATES DISTRICT COURT FOR THE DISTRICT OF PUERTO RICO / TRIBUNAL DE DISTRITO DE LOS ESTADOS UNIDOS PARA EL DISTRITO DE PUERTO RICO

Fill in this information to identify the case (Select only one Debtor per claim form). / Llene esta información para identificar el caso (seleccione sólo un deudor por formulario de reclamación).

MMLID: 924143

EPOC ID: 170356600413134

<input checked="" type="checkbox"/> Commonwealth of Puerto Rico El Estado Libre Asociado de Puerto Rico	Case No. 17-bk-03283	Petition Date: May 3, 2017
<input type="checkbox"/> Puerto Rico Sales Tax Financing Corporation (COFINA) La Corporación del Fondo de Interés Apremiante de Puerto Rico	Case No. 17-bk-03284	Petition Date: May 5, 2017
<input type="checkbox"/> Puerto Rico Highways and Transportation Authority La Autoridad de Carreteras y Transportación de Puerto Rico	Case No. 17-bk-03567	Petition Date: May 21, 2017
<input type="checkbox"/> Employees Retirement System of the Government of the Commonwealth of Puerto Rico El Sistema de Retiro de los Empleados del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico	Case No. 17-bk-03566	Petition Date: May 21, 2017
<input type="checkbox"/> Puerto Rico Electric Power Authority La Autoridad de Energía Eléctrica de Puerto Rico	Case No. 17-bk-04780	Petition Date: July 2, 2017

Debtor Employees Retirement System of the Government of the Commonwealth of Puerto Rico has listed your claim in their Creditor List on Schedule G – Other Participant and Pension Liabilities as a Contingent, Unliquidated general unsecured claim in the amount of \$442.16. You must timely file a proof of claim or be forever barred from participating or sharing in any distribution or being treated as a claim for purposes of voting or distribution.

El deudor Employees Retirement System of the Government of the Commonwealth of Puerto Rico ha listado su reclamación en la lista de acreedores en el Schedule G – Otros pasivos de participantes y pensiones como un reclamo Contingente, Sin liquidez no asegurado por un monto de \$442.16. Debe presentar una prueba de reclamación oportunamente o se le prohibirá por siempre participar o compartir en cualquier distribución o ser tratado como un reclamo para fines de votación o distribución.

Modified Official Form 410 / Formulario Oficial 410 Modificado

Proof of Claim / Evidencia de reclamación

04/18

Read the instructions before filling out this form. This form is for making a claim for payment in a Title III case. Do not use this form to make a request for payment of an administrative expense, other than a claim entitled to administrative priority pursuant to 11 U.S.C. § 503(b)(9). Make such a request according to 11 U.S.C. § 603.

Filers must leave out or redact information that is entitled to privacy or subject to confidentiality on this form or on any attached documents. Attach redacted copies of any documents that support the claim, such as promissory notes, purchase orders, invoices, itemized statements of running accounts, contracts, judgments, mortgages, and security agreements. Do not send original documents; they may be destroyed after scanning. If the documents are not available, explain in an attachment.

Lea las instrucciones antes de completar este formulario. Este formulario está diseñado para realizar una reclamación de pago en un caso en virtud del Título III. No utilice este formulario para solicitar el pago de un gasto administrativo que no sea una reclamación que reúna los requisitos para ser tratada como prioridad administrativa conforme al Título 11 § 503(b) (9) del U.S.C. Ese tipo de solicitud debe realizarse de conformidad con el Título 11 § 603 del U.S.C.

Quienes presenten la documentación deben omitir o editar información que reúna los requisitos para ser tratada con privacidad o confidencialidad en este formulario o en cualquier otro documento adjunto. Adjunte copias editadas de cualquier otro documento que respalde la reclamación, tales como pagarés, órdenes de compra, facturas, balances detallados de cuentas en funcionamiento, contratos, resoluciones judiciales, hipotecas y acuerdos de garantías. No adjunte documentos originales, ya que es posible que los documentos adjuntos se destruyan luego de analizarlos. En caso de que los documentos no estén disponibles, explique los motivos en un anexo.

Fill in all the information about the claim as of the Petition Date.

Complete toda la información acerca de la reclamación a la fecha en la que se presentó el caso.

Part 1 / Parte 1	Identify the Claim / Identificar la reclamación
1. Who is the current creditor? ¿Quién es el acreedor actual?	MAYRA E TORRES RAMOS Name of the current creditor (the person or entity to be paid for this claim) Nombre el acreedor actual (la persona o la entidad a la que se le pagará la reclamación) Other names the creditor used with the debtor Otros nombres que el acreedor usó con el deudor



Modified Official Form 410

Proof of Claim

page 1

US03 v.01 02.15.2018



2. Has this claim been acquired from someone else? ¿Esta reclamación se ha adquirido de otra persona?	<input checked="" type="checkbox"/> No / No <input type="checkbox"/> Yes. From whom? Sí. ¿De quién? _____	
3. Where should notices and payments to the creditor be sent? Federal Rule of Bankruptcy Procedure (FRBP) 2002(g) ¿A dónde deberían enviarse las notificaciones al acreedor? Norma federal del procedimiento de quiebra (FRBP, por sus siglas en inglés) 2002(g)	Where should notices to the creditor be sent? ¿A dónde deberían enviarse las notificaciones al acreedor? MAYRA E TORRES RAMOS 73 CALLE NOBLE SAN JUAN PR 00926 (787) 243-1785 Contact phone / Teléfono de contacto beba_2163@yahoo.com Contact email / Correo electrónico de contacto	Where should payments to the creditor be sent? (if different) ¿A dónde deberían enviarse los pagos al acreedor? (En caso de que sea diferente) Name / Nombre Number / Número Street / Calle City / Ciudad State / Estado ZIP Code / Código postal Contact phone / Teléfono de contacto Contact email / Correo electrónico de contacto
4. Does this claim amend one already filed? ¿Esta reclamación es una enmienda de otra presentada anteriormente?	<input type="checkbox"/> No / No <input checked="" type="checkbox"/> Yes. Claim number on court claims registry (if known). Sí. Número de reclamación en el registro de reclamaciones judiciales (en caso de saberlo) <u>2016-05-1340</u> Filed on / Presentada el <u>05-09-96 + 30-06-17</u> (MM/DD/YYYY) / (DD/MM/AAAA) <u>Group III</u> Case: <u>Madeline Acevedo Camacho</u> <u>Has not been paid</u>	
5. Do you know if anyone else has filed a proof of claim for this claim? ¿Sabe si alguien más presentó una evidencia de reclamación para esta reclamación?	<input type="checkbox"/> No / No <input checked="" type="checkbox"/> Yes. Who made the earlier filing? Sí. ¿Quién hizo la reclamación anterior? <u>Atty. Ivonne Gonzalez Morales &</u> <u>Atty. Madeline Acevedo Colon</u>	

Part 2 / Parte 2:

Give Information About the Claim as of the Petition Date

Complete toda la información acerca de la reclamación desde la fecha en la que se presentó el caso.

6. Do you have a claim against a specific agency or department of the Commonwealth of Puerto Rico? ¿Tiene una reclamación en contra de algún organismo o departamento específico del Estado Libre Asociado de Puerto Rico?	<input type="checkbox"/> No / No <input checked="" type="checkbox"/> Yes. Identify the agency or department and contact name. (A list of Commonwealth of Puerto Rico agencies and departments is available at: https://cases.primeclerk.com/puertorico/ .) Sí. Identifique el organismo o departamento y nombre del representante. (Una lista de agencias y departamentos del Estado Libre Asociado de Puerto Rico está disponible en: https://cases.primeclerk.com/puertorico/ .) <u>Department of the Family</u>
7. Do you supply goods and / or services to the government? ¿Proporciona bienes y / o servicios al gobierno?	<input checked="" type="checkbox"/> No / No <input type="checkbox"/> Yes. Provide the additional information set forth below / Sí. Proporcionar la información adicional establecida a continuación: Vendor / Contract Number Número de proveedor / contrato: _____ List any amounts due after the Petition Date (listed above) but before June 30, 2017: Anote la cantidad que se le debe después de la fecha que se presentó el caso (mencionados anteriormente), pero antes del 30 de junio de 2017 \$ <u>151,200</u>

Modified Official Form 410

Proof of Claim

page 2

U0504 v.01 02.15.2018

<p>8. How much is the claim?</p> <p>¿Cuál es el importe de la reclamación?</p>	<p>\$ <u>151,200</u></p> <p>Does this amount include interest or other charges? ¿Este importe incluye intereses u otros cargos?</p> <p><input type="checkbox"/> No / No</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes. Attach statement itemizing interest, fees, expenses, or other charges required by Bankruptcy Rule 3001(c)(2)(A). Sí. Adjunte un balance con intereses detallados, honorarios, gastos u otros cargos exigidos por la Norma de Quiebras 3001(c)(2)(A).</p>
<p>9. What is the basis of the claim?</p> <p>¿Cuál es el fundamento de la reclamación?</p>	<p>Examples: Goods sold, money loaned, lease, services performed, personal injury or wrongful death, or credit card. Attach redacted copies of any documents supporting the claim required by Bankruptcy Rule 3001(c). Limit disclosing information that is entitled to privacy, such as health care information.</p> <p>Por ejemplo: Venta de bienes, préstamo de dinero, arrendamiento, prestación de servicios, lesiones personales u homicidio culposo, o tarjetas de crédito. Adjunte copias editadas de cualquier documento que respalde la reclamación conforme a lo exigido por la Norma de Quiebras 3001(c). Limite la divulgación de información que reúne los requisitos para ser tratada con privacidad, tal como información sobre atención médica.</p> <p><u>Minimum Federal Wage</u></p>
<p>10. Is all or part of the claim secured?</p> <p>¿La reclamación está garantizada de manera total o parcial?</p>	<p><input type="checkbox"/> No / No</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes. The claim is secured by a lien on property. Sí. La reclamación está garantizada por un derecho de retención sobre un bien.</p> <p>Nature of property / Naturaleza del bien: <input type="checkbox"/> Motor vehicle / Vehículos</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Other. Describe: Otro. Describir: <u>Said debt was recognized and /unintelligible/</u></p> <p>Basis for perfection / Fundamento de la realización de pasos adicionales: <u>Group I was paid in full. Group II was paid 25%</u></p> <p>Attach redacted copies of documents, if any, that show evidence of perfection of a security interest (for example, a mortgage, lien, certificate of title, financing statement, or other document that shows the lien has been filed or recorded.) Adjunte copias editadas de documentos, si los hubiere, que demuestre la realización de pasos adicionales para hacer valer un derecho de garantía (por ejemplo, una hipoteca, un derecho de retención, un certificado de propiedad, una declaración de financiamiento u otro documento que demuestre que se ha presentado o registrado un derecho de retención.</p> <p>Value of property / Valor del bien: \$ <u>151,200</u></p> <p>Amount of the claim that is secured / Importe de la reclamación que está garantizado: \$ <u>151,200</u></p> <p>Amount of the claim that is unsecured / Importe de la reclamación que no está garantizado: \$ <u>151,200</u> (The sum of the secured and unsecured amounts should match the amount in line 7.) (La suma del importe garantizado y no garantizado debe coincidir con el importe de la línea 7.)</p> <p>Amount necessary to cure any default as of the Petition Date / Importe necesario para compensar toda cesación de pago a la fecha que se presentó el caso: \$ _____</p> <p>Annual Interest Rate (on the Petition Date) Tasa de interés anual (cuando se presentó el caso) _____ %</p> <p><input type="checkbox"/> Fixed / Fija</p> <p><input type="checkbox"/> Variable / Variable</p>
<p>11. Is this claim based on a lease?</p> <p>¿Esta reclamación está basada en un arrendamiento?</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> No / No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes. Amount necessary to cure any default as of the Petition Date. Sí. Importe necesario para compensar toda cesación de pago a partir de la que se presentó el caso: \$ _____</p>

Modified Official Form 410

Proof of Claim

page 3

UD505 v.01 02.15.2018

12. Is this claim subject to a right of setoff?	<input type="checkbox"/> No / No
¿La reclamación está sujeta a un derecho de compensación?	<input checked="" type="checkbox"/> Yes, Identify the property / Sí. Identifique el bien: <u>Compensation material</u>
13. Is all or part of the claim entitled to administrative priority pursuant to 11 U.S.C. § 503(b)(9)?	<input type="checkbox"/> No / No
¿La reclamación, total o parcial, cumple los requisitos para ser tratada como prioridad administrativa conforme al Título 11 § 503(b)(9) del U.S.C.?	<input checked="" type="checkbox"/> Yes. Indicate the amount of your claim arising from the value of any goods received by the debtor within 20 days before the Petition Date in these Title III case(s), in which the goods have been sold to the debtor in the ordinary course of such debtor's business. Attach documentation supporting such claim. \$ <u>157,200</u>
	Sí. Indique el importe de la reclamación que surge del valor de cualquier bien recibido por el deudor dentro de los 20 días anteriores a la fecha de inicio en estos casos del Título III, en el que los bienes se han vendido al deudor en el transcurso normal de los negocios del deudor. Adjunte la documentación que respalda dicha reclamación.

Part 3 / Parte 3:

Sign Below / Firmar a continuación

The person completing this proof of claim must sign and date it. FRBP 9011(b).

If you file this claim electronically, FRBP 5005(a)(2) authorizes courts to establish local rules specifying what a signature is.

La persona que complete esta evidencia de reclamación debe firmar e indicar la fecha. FRBP 9011(b).

Si presenta esta reclamación de manera electrónica, la FRBP 5005(a)(2) autoriza al tribunal a establecer normas locales para especificar qué se considera una firma.

Check the appropriate box / Marque la casilla correspondiente:

- ☒ I am the creditor. / Soy el acreedor.
- ☐ I am the creditor's attorney or authorized agent. / Soy el abogado o agente autorizado del acreedor.
- ☐ I am the trustee, or the debtor, or their authorized agent. Bankruptcy Rule 3004. / Soy el síndico, el deudor o su agente autorizado. Norma de quiebra 3004.
- ☐ I am a guarantor, surety, endorser, or other codebtor. Bankruptcy Rule 3005. / Soy el garante, fiador, endosante u otro codeudor. Norma de quiebra 3005.

I understand that an authorized signature on this Proof of Claim serves as an acknowledgment that when calculating the amount of the claim, the creditor gave the debtor credit for any payments received toward the debt.

Comprendo que una firma autorizada en esta Evidencia de reclamación se considera como un reconocimiento de que al calcular el importe de la reclamación, el acreedor le proporcionó al deudor crédito para todo pago recibido para saldar la deuda.

I have examined the information in this Proof of Claim and have a reasonable belief that the information is true and correct.

He leído la información en esta Evidencia de reclamación y tengo motivos razonables para suponer que la información es verdadera y correcta.

I declare under penalty of perjury that the foregoing is true and correct. / Declaro bajo pena de perjurio que lo que antecede es verdadero y correcto.

Executed on date / Ejecutado el 19-05-2018 (MM/DD/YYYY) / (DD/MM/AAAA)

Signature / Firma

Mayra E. Jones Ramos

Print the name of the person who is completing and signing this claim / Escriba en letra de imprenta el nombre de la persona que completa y firma esta reclamación:

Name

Mayra Eli Torres Ramos

First name / Primer nombre

Middle name / Segundo nombre

Last name / Apellido

Title / Cargo

Administrative Officer III

Company / Compañía

Department of the Family

Identify the corporate servicer as the company if the authorized agent is a servicer. Identifique al recaudador corporativo como la compañía si el agente autorizado es un recaudador.

Address / Dirección

Urb. Ciudad Señorial Calle noble #73

Number / Número

Street / Calle

San Juan

P.R.

00926

City / Ciudad

State / Estado

ZIP Code / Código postal

Contact phone / Teléfono de contacto

787-243-1785

Email / Correo electrónico

beba_2163@yahoo.com

IF YOUR CLAIM IS LISTED HERE, ONE OR MORE OF THE DEBTORS ARE SEEKING TO DISALLOW YOUR CLAIM FOR THE REASON LISTED BELOW.

NAME	CLAIM #	DATE FILED	DEBTOR	ASSERTED CLAIM AMOUNT
TORRES RAMOS, MAYRA E	25360	5/22/2018	Commonwealth of Puerto Rico	\$453,600.00
Reason:	Claimant asserted administrative priority under 11 U.S.C. § 503(b)(9), but proof of claim is not for goods sold and as such claimant is not entitled to administrative priority. The claimant also failed to provide prima facie evidence to support a secured claim. In addition, claimant asserted a total claim amount of \$151,200.00. Accordingly, claim has been reclassified in whole as a general unsecured claim in the amount of \$151,200.00.			

SI SU RECLAMO ESTÁ INCLUIDO AQUÍ, UNO O MÁS DE LOS DEUDORES SOLICITAN QUE SU RECLAMO SEA RECHAZADO POR LA RAZÓN INDICADA AQUÍ ABAJO.

NOMBRE	N.º DE RECLAMACIÓN	FECHA DE PRESENTACIÓN	DEUDOR	MONTO DE LA RECLAMACIÓN ALEGADA
TORRES RAMOS, MAYRA E	25360	5/22/2018	Commonwealth of Puerto Rico	\$453,600.00
Base para:	El Demandante reclamó una prioridad administrativa en virtud del título 11 del Código de los Estados Unidos, sección 503(b)(9), pero la evidencia de reclamo no corresponde a bienes vendidos y, por lo tanto, el demandante no tiene derecho ella. El demandante también omitió proporcionar pruebas evidentes para apoyar un reclamo asegurado. Además, el demandante reclamó un monto total de \$151,200,00. Por tal motivo, el reclamo se reclassificó en su totalidad como un reclamo general no asegurado de \$151,200,00.			

Copies of the Omnibus Objection and all other filings in the Title III Cases are available free online at <https://cases.primeclerk.com/puertorico>. **If you have questions, please contact Prime Clerk LLC at (844) 822-9231 (toll free for U.S. and Puerto Rico) or (646) 486-7944 (for international callers), available 10:00 a.m. to 7:00 p.m. (Atlantic Standard Time) (Spanish available).**

Copias de la Objeción global, y todos los escritos radicados en el marco de las causas conforme al Título III, están disponibles, de manera gratuita, en <https://cases.primeclerk.com/puertorico>. **Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Prime Clerk LLC llamando al (844) 822-9231 (número gratuito para Estados Unidos y Puerto Rico) o (646) 486-7944 (para llamadas desde el extranjero), disponible entre las 10:00 a.m. y las 07:00 p.m. (AST) (hablamos español).**



DEPARTAMENTO DE LA
FAMILIA
GOBIERNO DE PUERTO RICO
[DEPARTMENT OF THE FAMILY/
GOVERNMENT OF PUERTO RICO]

CERTIFICATION

I hereby certify that Mrs. Mayra E. Torres Ramos, bearer of social security number XXX-XX-5056, has worked at the Department of the Family – Administration for Families and Children, since September 5, 1996.

Her job title is Administrative Officer III, with Career – Regular status. She earns a salary of \$3,503.00 per month.

This certification is issued at the request of Mrs. Torres, on this date, January 16, 2020, according to the information contained in the Automated Human Resources System (RHUM) of the Department of Treasury.


Carmín Rodríguez Negrón
Assistant Human Resources Administrator

Edif. Roosevelt Plaza 185 • PO Box 11398, San Juan, PR 00910-1398 • 787.294-4900 ext.1666
Corresponding Administration • Office of Origin • Program



GOVERNMENT OF PUERTO RICO
Puerto Rico Government and Judiciary Employees
Retirement Systems Administration

ESTIMATED ACCOUNT STATEMENT

January 16, 2020

Agency: 407 – ADMINISTRATION FOR FAMILIES AND CHILDREN

MAYRA E TORRES RAMOS
URB CUIDAD [sic] SEÑORIAL
73 CALLE NOBLE
SAN JUAN, PR 00926

Social Security: XXX-XX-5056

Based on the information in our records, as of January 16, 2020, you have:

Date of Birth: [REDACTED] 1963

Gender: Female

Date of Entry into Public Service: July 16, 1998

Contribution Start Date: July 16, 1998

Act 1 as of June 30, 2013	Act 3-2013 as of June 30, 2017	Act 106
Years Credited: 15	Time Worked: 4	Time Worked: 2.42
	Contributions: 13,899.40	Contributions: 7,308.43
	Interest: 1,122.93	Interest: 0.00
	Bookkeeping Expenses: 0.00	Bookkeeping Expenses: 0.00
Uncontributed Service		
Paid: 38.69		
Time: 4.25		
Balance Accrued: 36,779.28	Total Contributions: 15,022.33	Total Contributions: 7,308.43
Benefit: 628.81	Benefit: 79.23	Benefit: 0.00

The balances reflected herein for Individual Contribution and Years of Service are subject to review.

In the event that the information does not match your records, you should contact the Coordinator for Retirement Affairs of your Agency, Municipality, or entity.

We remind you that prior to filing a pension application, you must request your official Account Statement through your Coordinator.

Cordially,

Account Statement Unit
Participants Area



Centro Gubernamental Minillas, Torre Norte, Piso 7, San Juan, PR 00940 • PO Box 42003 San Juan, P.R. 00940-2203

☎ 787.754.4545 • www.retiro.pr.gov

*Certified to be a correct and true translation from the source text in Spanish to the target language English.
17/AUGUST/2021 - Andreea I. Boscor ATA-certified Spanish-English #525556
By Targem Translations Inc.*

Contact 844.822.9231
Client Login

Commonwealth of Puerto Rico (17-03283) [CHANGE CASE](#)

Case Info
Docket
Claims
Submit a Claim
Submit a Claim
Submit Inquiry

Master Claims Filter

Schedule	Claim #	Filed Date	Creditor Name	Debtor Name	Claim Value
69442	21265	05/25/2018	TORRES RAMOS, ANGEL	Employees Retirement System of the Government of the Commonwealth of Puerto Rico	\$ 0.00
432653	19886	05/25/2018	TORRES RAMOS, ANGEL	Employees Retirement System of the Government of the Commonwealth of Puerto Rico	\$ 0.00
	55060	06/27/2018	TORRES RAMOS, ARNALDO	Employees Retirement System of the Government of the Commonwealth of Puerto Rico	\$ 113,065.34
602850	30268	05/25/2018	TORRES RAMOS, DENNIS	Commonwealth of Puerto Rico	\$ 12,600.00
602850	31927	05/25/2018	TORRES RAMOS, DENNIS	Commonwealth of Puerto Rico	\$ 0.00
	23301	05/25/2018	TORRES RAMOS, DIANA V	Commonwealth of Puerto Rico	\$ 150,000.00
	47255	06/24/2018	Torres Ramos, Diana V.	Commonwealth of Puerto Rico	\$ 150,000.00
	33622	05/25/2018	Torres Ramos, Juan A	Employees Retirement System of the Government of the Commonwealth of Puerto Rico	\$ 3,600.00
1101382	7012	04/23/2018	Torres Ramos, Juan L	Commonwealth of Puerto Rico	\$ 0.00
155361	24048	05/29/2018	TORRES RAMOS, MARGARITA	Puerto Rico Sales Tax Financing Corporation (COFINA)	\$ 300,000.00
	31465	05/29/2018	Torres Ramos, Margarita	Puerto Rico Electric Power Authority	\$ 10,000.00
	35493	05/29/2018	TORRES RAMOS, MARGARITA	Commonwealth of Puerto Rico	\$ 170,000.00
549698	28179	05/22/2018	Torres Ramos, Mayra E	Employees Retirement System of the Government of the Commonwealth of Puerto Rico	\$ 168,236.64
	27280	05/22/2018	Torres Ramos, Mayra E	Commonwealth of Puerto Rico	\$ 1,326.48
413134	25360	05/22/2018	TORRES RAMOS, MAYRA E	Commonwealth of Puerto Rico	\$ 453,600.00
	13400	05/08/2018	TORRES RESTO, GERMAN	Commonwealth of Puerto Rico	\$ 300.00
	37820	06/20/2018	Torres Reyes, Dahimar	Employees Retirement System of the Government of the Commonwealth of Puerto Rico	\$ 26,880.83
	44301	06/20/2018	Torres Reyes, Dahimar	Employees Retirement System of the Government of the Commonwealth of Puerto Rico	\$ 26,880.83
	40556	05/29/2018	Torres Reyes, Jose E	Commonwealth of Puerto Rico	\$ 0.00
	38400	05/29/2018	Torres Reyes, Lydia		\$ 166,800.00

Select scope

Claim Number(s) (e.g. 1,3,5-7)

Schedule Number

Creditor name

Debtor(s)

Select Classification

Select Search Operator

Amount

Date from - Date to

2/3/2020

Prime Clerk Commonwealth of ...

MENU

[case info](#) / [claims](#)

+ Case Navigation

+ Quick Links

161653

advanced  

<< < Page 1 of 1 >> >

Schedule 413135

Claim # 161653

Filed Date 08/01/2018

Creditor Name TORRES RAMOS, MAYRA E

Debtor Name Commonwealth of Puerto Rico

Claim Value \$0.04

<< < Page 1 of 1 >> >

[terms of use](#)[privacy notice](#)[team](#)

© 2019 Prime Clerk. All rights reserved.

Prime Clerk LLC
(844) 822-9231 PRClaimsInfo@primeclerk.com

PROOF OF CLAIM UNDER PROMESA: **161653**

Claimant's Name: **TORRES RAMOS, MAYRA E**

Please send the completed form by February 22, 2019, via email to PRClaimsInfo@primeclerk.com, or by mail, hand delivery, or overnight mail to the following address:

Commonwealth of Puerto Rico Supplemental Information Processing Center
850 3rd Avenue, Suite 412
Brooklyn, NY 11232

Any additional information you may provide will be attached to your claim and will appear in the official claims register.

BASIS FOR YOUR CLAIM:

- ☐ A pending or closed legal action with or against the government of Puerto Rico
- ☐ Current or former employment with the Government of Puerto Rico
- ☐ Other (please describe): Schedule G – Contingent Claim

FOR A LEGAL ACTION

Have you initiated a legal action? Y / N

If the answer is yes, please fill out the sections below. If the answer is No, attach a written notice of your intent to file a claim, along with proof of mailing and contact information for your attorney, if available.

Identify the department or agency that is a party to the action: Department of the Family,
Administration for Families and Children

Identify the name and address of the court or agency where the action is pending: _____

Case Number: _____

Title, Caption, or Name of Case: _____

Status of the Case (pending, on appeal, or concluded): _____

Do you have an unpaid judgment? Yes / No. If yes, what is the date and amount of the judgment?

FOR CURRENT OR PRIOR EMPLOYMENT:

Specific agency or department where you were or are employed: Department of the Family,
Administration for Families and Children

Specific period of prior or present employment related to your claim: Current

Last four digits of your social security number: _____

[continues on back]

Nature of your employment claim:

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Retirement | <input type="checkbox"/> Union Grievance |
| <input type="checkbox"/> Unpaid Wages | <input checked="" type="checkbox"/> Other: <u>Schedule G – Contingent</u> |
| <input type="checkbox"/> Sick Days | <u>Claim</u> |
| <input type="checkbox"/> Vacation | |

To the extent you have documentation to support your claim, please include such documents with your response.

If your action relates to a pending or closed legal action, indicate all the information and documentation requested in the section “FOR A LEGAL ACTION” above.

FOR OTHER TYPES OF CLAIMS:

Describe the basis for your claim: _____

To the extent you have documentation to support your claim, please include such documents with your response.

Case:17-03283-LTS Doc#:17485-1 Filed:07/22/21 Entered:07/23/21 12:08:32 Desc:
Exhibit Page 15 of 19
You may also submit your claim electronically by visiting <http://cases.primedirect.com/puertorico/EPOC-Index>

UNITED STATES DISTRICT COURT FOR THE DISTRICT OF PUERTO RICO / TRIBUNAL DE DISTRITO DE LOS ESTADOS UNIDOS PARA EL
DISTRITO DE PUERTO RICO

Fill in this information to identify the case (Select only one Debtor per claim form). / Llene esta información para identificar el caso (seleccione sólo un deudor por formulario de reclamación).		
<input checked="" type="checkbox"/> Commonwealth of Puerto Rico El Estado Libre Asociado de Puerto Rico	Case No. 17-bk-03283	Petition Date: May 3, 2017
<input type="checkbox"/> Puerto Rico Sales Tax Financing Corporation (COFINA) La Corporación del Fondo de Interés Apremiante de Puerto Rico	Case No. 17-bk-03284	Petition Date: May 5, 2017
<input type="checkbox"/> Puerto Rico Highways and Transportation Authority La Autoridad de Carreteras y Transportación de Puerto Rico	Case No. 17-bk-03567	Petition Date: May 21, 2017
<input type="checkbox"/> Employees Retirement System of the Government of the Commonwealth of Puerto Rico El Sistema de Retiro de los Empleados del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico	Case No. 17-bk-03566	Petition Date: May 21, 2017
<input type="checkbox"/> Puerto Rico Electric Power Authority La Autoridad de Energía Eléctrica de Puerto Rico	Case No. 17-bk-04780	Petition Date: July 2, 2017

MMLID: 1387985

Claim # 27280

2018 MAY 22 A 10:20

RECEIVED

Modified Official Form 410 / Formulario Oficial 410 Modificado

Proof of Claim / Evidencia de reclamación

04/16

Read the instructions before filling out this form. This form is for making a claim for payment in a Title III case. Do not use this form to make a request for payment of an administrative expense, other than a claim entitled to administrative priority pursuant to 11 U.S.C. § 503(b)(9). Make such a request according to 11 U.S.C. § 503.

Filers must leave out or redact information that is entitled to privacy or subject to confidentiality on this form or on any attached documents. Attach redacted copies of any documents that support the claim, such as promissory notes, purchase orders, invoices, itemized statements of running accounts, contracts, judgments, mortgages, and security agreements. Do not send original documents; they may be destroyed after scanning. If the documents are not available, explain in an attachment.

Lea las instrucciones antes de completar este formulario. Este formulario está diseñado para realizar una reclamación de pago en un caso en virtud del Título III. No utilice este formulario para solicitar el pago de un gasto administrativo que no sea una reclamación que reúna los requisitos para ser tratada como prioridad administrativa conforme al Título 11 § 503(b) (9) del U.S.C. Ese tipo de solicitud debe realizarse de conformidad con el Título 11 § 503 del U.S.C.

Quiénes presenten la documentación deben omitir o editar información que reúna los requisitos para ser tratada con privacidad o confidencialidad en este formulario o en cualquier otro documento adjunto. Adjunte copias editadas de cualquier otro documento que respalde la reclamación, tales como pagarés, órdenes de compra, facturas, balances detallados de cuentas en funcionamiento, contratos, resoluciones judiciales, hipotecas y acuerdos de garantías. No adjunte documentos originales, ya que es posible que los documentos adjuntos se destruyan luego de analizarlos. En caso de que los documentos no estén disponibles, explique los motivos en un anexo.

Fill in all the information about the claim as of the Petition Date.

Complete toda la información acerca de la reclamación a la fecha en la que se presentó el caso.

Part 1 / Parte 1 Identify the Claim / Identificar la reclamación	
1. Who is the current creditor? ¿Quién es el acreedor actual?	MAYRA E TORRES RAMOS Name of the current creditor (the person or entity to be paid for this claim) Nombre al acreedor actual (la persona o la entidad a la que se le pagará la reclamación) Other names the creditor used with the debtor Otros nombres que el acreedor usó con el deudor

Modified Official Form 410

Proof of Claim

page 1

UDS13 v.01 02.15.2018



<p>2. Has this claim been acquired from someone else? ¿Esta reclamación se ha adquirido de otra persona?</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> No / No <input type="checkbox"/> Yes. From whom? Sí. ¿De quién? _____</p>
<p>3. Where should notices and payments to the creditor be sent? Federal Rule of Bankruptcy Procedure (FRBP) 2002(g) ¿A dónde deberían enviarse las notificaciones al acreedor?</p>	<p>Where should notices to the creditor be sent? ¿A dónde deberían enviarse las notificaciones al acreedor?</p> <p>MAYRA E TORRES RAMOS URB CUIDAD SENORIAL 73 CALLE NOBLE SAN JUAN PR 00926</p> <p>Where should payments to the creditor be sent? (If different) ¿A dónde deberían enviarse los pagos al acreedor? (En caso de que sea diferente)</p> <p>Name / Nombre _____ Number / Número _____ Street / Calle _____ City / Ciudad _____ State / Estado _____ ZIP Code / Código postal _____</p> <p>Contact phone / Teléfono de contacto _____ Contact email / Correo electrónico de contacto _____</p>
<p>4. Does this claim amend one already filed? ¿Esta reclamación es una enmienda de otra presentada anteriormente?</p>	<p><input type="checkbox"/> No / No <input checked="" type="checkbox"/> Yes. Claim number on court claims registry (if known) Sí. Número de reclamación en el registro de reclamaciones judiciales (en caso de saberlo) <u>Schedule-G</u> Filed on / Presentada el _____ (MM/DD/YYYY) / (DD/MM/AAAA)</p>
<p>5. Do you know if anyone else has filed a proof of claim for this claim? ¿Sabe si alguien más presentó una evidencia de reclamación para esta reclamación?</p>	<p><input type="checkbox"/> No / No <input checked="" type="checkbox"/> Yes. Who made the earlier filing? Sí. ¿Quién hizo la reclamación anterior? <u>Contingent Claim</u></p>

Part 2 / Parte 2:

Give Information About the Claim as of the Petition Date

Complete toda la información acerca de la reclamación desde la fecha en la que se presentó el caso.

<p>6. Do you have a claim against a specific agency or department of the Commonwealth of Puerto Rico? ¿Tiene una reclamación en contra de algún organismo o departamento específico del Estado Libre Asociado de Puerto Rico?</p>	<p><input type="checkbox"/> No / No <input checked="" type="checkbox"/> Yes. Identify the agency or department and contact name. (A list of Commonwealth of Puerto Rico agencies and departments is available at: https://cases.primereclerk.com/puertorico/.) Sí. Identifique el organismo o departamento y nombre del representante. (Una lista de agencias y departamentos del Estado Libre Asociado de Puerto Rico está disponible en: https://cases.primereclerk.com/puertorico/.)</p> <p><u>Debtor Commonwealth of P.R.</u></p>
<p>7. Do you supply goods and / or services to the government? ¿Proporciona bienes y / o servicios al gobierno?</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> No / No <input type="checkbox"/> Yes. Provide the additional information set forth below / Sí. Proporcionar la información adicional establecida a continuación:</p> <p>Vendor / Contract Number Número de proveedor / contrato: _____</p> <p>List any amounts due after the Petition Date (listed above) but before June 30, 2017: Añote la cantidad que se le debe después de la fecha que se presentó el caso (mencionados anteriormente), pero antes del 30 de junio de 2017 \$ <u>442-16</u></p>

Modified Official Form 410

Proof of Claim

page 2

U0514 v.01 02.15.2018

8. How much is the claim? ¿Cuál es el importe de la reclamación?	\$ <u>442.16</u>	Does this amount include interest or other charges? ¿Este importe incluye intereses u otros cargos? <input checked="" type="checkbox"/> No / No <input type="checkbox"/> Yes. Attach statement itemizing interest, fees, expenses, or other charges required by Bankruptcy Rule 3001(c)(2)(A). SI. Adjunte un balance con intereses detallados, honorarios, gastos u otros cargos exigidos por la Norma de Quiebras 3001(c)(2)(A).
9. What is the basis of the claim? ¿Cuál es el fundamento de la reclamación?	Examples: Goods sold, money loaned, lease, services performed, personal injury or wrongful death, or credit card. Attach redacted copies of any documents supporting the claim required by Bankruptcy Rule 3001(c). Limit disclosing information that is entitled to privacy, such as health care information. Por ejemplo: Venta de bienes, préstamo de dinero, arrendamiento, prestación de servicios, lesiones personales u homicidio culposo, o tarjetas de crédito. Adjunte copias editadas de cualquier documento que respalde la reclamación conforme a lo exigido por la Norma de Quiebras 3001(c). Limite la divulgación de información que reúne los requisitos para ser tratada con privacidad, tal como información sobre atención médica. <u>Contingent Claim</u>	
10. Is all or part of the claim secured? ¿La reclamación está garantizada de manera total o parcial?	<input type="checkbox"/> No / No. <input checked="" type="checkbox"/> Yes. The claim is secured by a lien on property. SI. La reclamación está garantizada por un derecho de retención sobre un bien. Nature of property / Naturaleza del bien: <input type="checkbox"/> Motor vehicle / Vehículos <input checked="" type="checkbox"/> Other. Describe: Otro. Describir: <u>Contingent Claim</u> Basis for perfection / Fundamento de la realización de pasos adicionales: Attach redacted copies of documents, if any, that show evidence of perfection of a security interest (for example, a mortgage, lien, certificate of title, financing statement, or other document that shows the lien has been filed or recorded.) Adjunte copias editadas de documentos, si los hubiere, que demuestre la realización de pasos adicionales para hacer valer un derecho de garantía (por ejemplo, una hipoteca, un derecho de retención, un certificado de propiedad, una declaración de financiamiento u otro documento que demuestre que se ha presentado o registrado un derecho de retención. Value of property / Valor del bien: \$ <u>442.16</u> Amount of the claim that is secured / Importe de la reclamación que está garantizado: \$ <u>442.16</u> Amount of the claim that is unsecured / Importe de la reclamación que no está garantizado: \$ <u>442.16</u> (The sum of the secured and unsecured amounts should match the amount in line 7.) (La suma del importe garantizado y no garantizado debe coincidir con el importe de la línea 7.) Amount necessary to cure any default as of the Petition Date / Importe necesario para compensar toda cesación de pago a la fecha que se presentó el caso: \$ _____ Annual Interest Rate (on the Petition Date) Tasa de interés anual (cuando se presentó el caso) _____ % <input type="checkbox"/> Fixed / Fija <input type="checkbox"/> Variable / Variable	
11. Is this claim based on a lease? ¿Esta reclamación está basada en un arrendamiento?	<input checked="" type="checkbox"/> No / No <input type="checkbox"/> Yes. Amount necessary to cure any default as of the Petition Date. SI. Importe necesario para compensar toda cesación de pago a partir de la que se presentó el caso: \$ _____	

Modified Official Form 410

Proof of Claim

page 3

U0515 v.01 02.15.2018

12. Is this claim subject to a right of setoff?	<input type="checkbox"/> No / No
¿La reclamación está sujeta a un derecho de compensación?	<input checked="" type="checkbox"/> Yes. Identify the property / Si. Identifique el bien: <u>Contingent Claim</u>
13. Is all or part of the claim entitled to administrative priority pursuant to 11 U.S.C. § 503(b)(9)?	<input type="checkbox"/> No / No
¿La reclamación, total o parcial, cumple los requisitos para ser tratada como prioridad administrativa conforme al Título 11 § 503(b)(9) del U.S.C.?	<input checked="" type="checkbox"/> Yes. Indicate the amount of your claim arising from the value of any goods received by the debtor within 20 days before the Petition Date in these Title III case(s), in which the goods have been sold to the debtor in the ordinary course of such debtor's business. Attach documentation supporting such claim. \$ <u>442.16</u> Si. Indique el importe de la reclamación que surge del valor de cualquier bien recibido por el deudor dentro de los 20 días anteriores a la fecha de inicio en estos casos del Título III, en el que los bienes se han vendido al deudor en el transcurso normal de los negocios del deudor. Adjunte la documentación que respalda dicha reclamación.

Part 3 / Parte 3:

Sign Below / Firmar a continuación

The person completing this proof of claim must sign and date it. FRBP 9011(b).

If you file this claim electronically, FRBP 5005(a)(2) authorizes courts to establish local rules specifying what a signature is.

La persona que completa esta evidencia de reclamación debe firmar e indicar la fecha. FRBP 9011(b).

Si presenta esta reclamación de manera electrónica, la FRBP 5005(a)(2) autoriza al tribunal a establecer normas locales para especificar qué se considera una firma.

Check the appropriate box / Marque la casilla correspondiente:

- ☒ I am the creditor. / Soy el acreedor.
☐ I am the creditor's attorney or authorized agent. / Soy el abogado o agente autorizado del acreedor.
☐ I am the trustee, or the debtor, or their authorized agent. Bankruptcy Rule 3004. / Soy el síndico, el deudor o su agente autorizado. Norma de quiebra 3004.
☐ I am a guarantor, surety, endorser, or other codebtor. Bankruptcy Rule 3005. / Soy el garante, fiador, endosante u otro codeudor. Norma de quiebra 3005.

I understand that an authorized signature on this Proof of Claim serves as an acknowledgment that when calculating the amount of the claim, the creditor gave the debtor credit for any payments received toward the debt.

Comprendo que una firma autorizada en esta Evidencia de reclamación se considera como un reconocimiento de que al calcular el importe de la reclamación, el acreedor le proporcionó al deudor crédito para todo pago recibido para saldar la deuda.

I have examined the information in this Proof of Claim and have a reasonable belief that the information is true and correct.

He leído la información en esta Evidencia de reclamación y tengo motivos razonables para suponer que la información es verdadera y correcta.

I declare under penalty of perjury that the foregoing is true and correct. / Declaro bajo pena de perjurio que lo que antecede es verdadero y correcto.

Executed on date / Ejecutado el 19-05-2018 (MM/DD/YYYY) / (DD/MM/AAAA)

Signature / Firma

Mayra d. Jones Ramos

Print the name of the person who is completing and signing this claim / Escriba en letra de imprenta el nombre de la persona que completa y firma esta reclamación:

Name

Mayra Eliz Torres Ramos
First name / Primer nombre Middle name / Segundo nombre Last name / Apellido

Title / Cargo

Administrative Officer III

Company / Compañía

Department of the Family

Identify the corporate servicer as the company if the authorized agent is a servicer. Identifique al recaudador corporativo como la compañía si el agente autorizado es un recaudador.

Address / Dirección

Urb. Ciudad Señorial Calle noble #73

Number / Número Street / Calle

San Juan

City / Ciudad

P.R.

State / Estado

00926

ZIP Code / Código postal

Contact phone / Teléfono de contacto

787-243-1785

Email / Correo electrónico

boba_21630@yahoo.com

Case:17-03283-LTS Doc#:17485-1 Filed:07/22/21 Entered:07/23/21 12:08:32 Desc:
Exhibit Page 19 of 19

Epiq Bankruptcy Solutions, LLC
PO Box 4470
Beaverton, OR 97076

Legal Documents Enclosed –
Please direct to the attention
of the Addressee,
Legal Department or President.

Address Service Requested



PR2 POC 2-26-2018 (MERGE2,TXNUM2)
000 0036641 00000000 0001 0005 07329 INS: 0 0
****4000357060****BAR(23) MAIL ID *** 000125955053 ***
MAYRA E TORRES RAMOS
73 CALLE NOBLE
SAN JUAN PR 00926

Debtor Employees Retirement System of the Government of the Commonwealth of Puerto Rico has listed your claim in their Creditor List on Schedule G -- Other Participant and Pension Liabilities as a Contingent, Unliquidated general unsecured claim in the amount of \$442.16. You must timely file a proof of claim or be forever barred from participating or sharing in any distribution or being treated as a claim for purposes of voting or distribution.

El deudor Employees Retirement System of the Government of the Commonwealth of Puerto Rico ha listado su reclamación en la lista de acreedores en el Schedule G -- Otros pasivos de participantes y pensiones como un reclamo Contingente, Sin liquidez no asegurado por un monto de \$442.16. Debe presentar una prueba de reclamación oportunamente o se le prohibirá por siempre participar o compartir en cualquier distribución o ser tratado como un reclamo para fines de votación o distribución.

PLEASE SEND COMPLETED PROOF(S) OF CLAIM SO AS TO BE ACTUALLY RECEIVED ON OR BEFORE THE
APPLICABLE BAR DATE:

General Bar Date: May 29, 2018 at 4:00 p.m., Atlantic Standard Time

Please send completed Proof(s) to Claim to:

If by first class mail:
Commonwealth of Puerto Rico
Claims Processing Center
c/o Prime Clerk LLC
Grand Central Station, PO Box 4708
New York, NY 10163-4708

**If by overnight courier or hand
delivery/Para enviar por por mensajería o
entrega al siguiente día:**

Refer to "Section 6 -- Where and
How to File" in the enclosed notice
for additional locations in the
Commonwealth accepting hand
delivery of completed proof of
claim forms.

Consulte la "Sección 6: Para ver
dónde y cómo presentar su
formulario" del aviso adjunto. Habrán
varias ubicaciones en el
Commonwealth donde se aceptara la
entrega de estos formularios de
prueba de reclamo completados.

If you have questions about this notice, please call (844) 822-9231 (US toll free), (646) 486-7944,
(international), email PuertoRicoInfo@primeclerk.com, or visit <https://cases.primeclerk.com/puertorico>

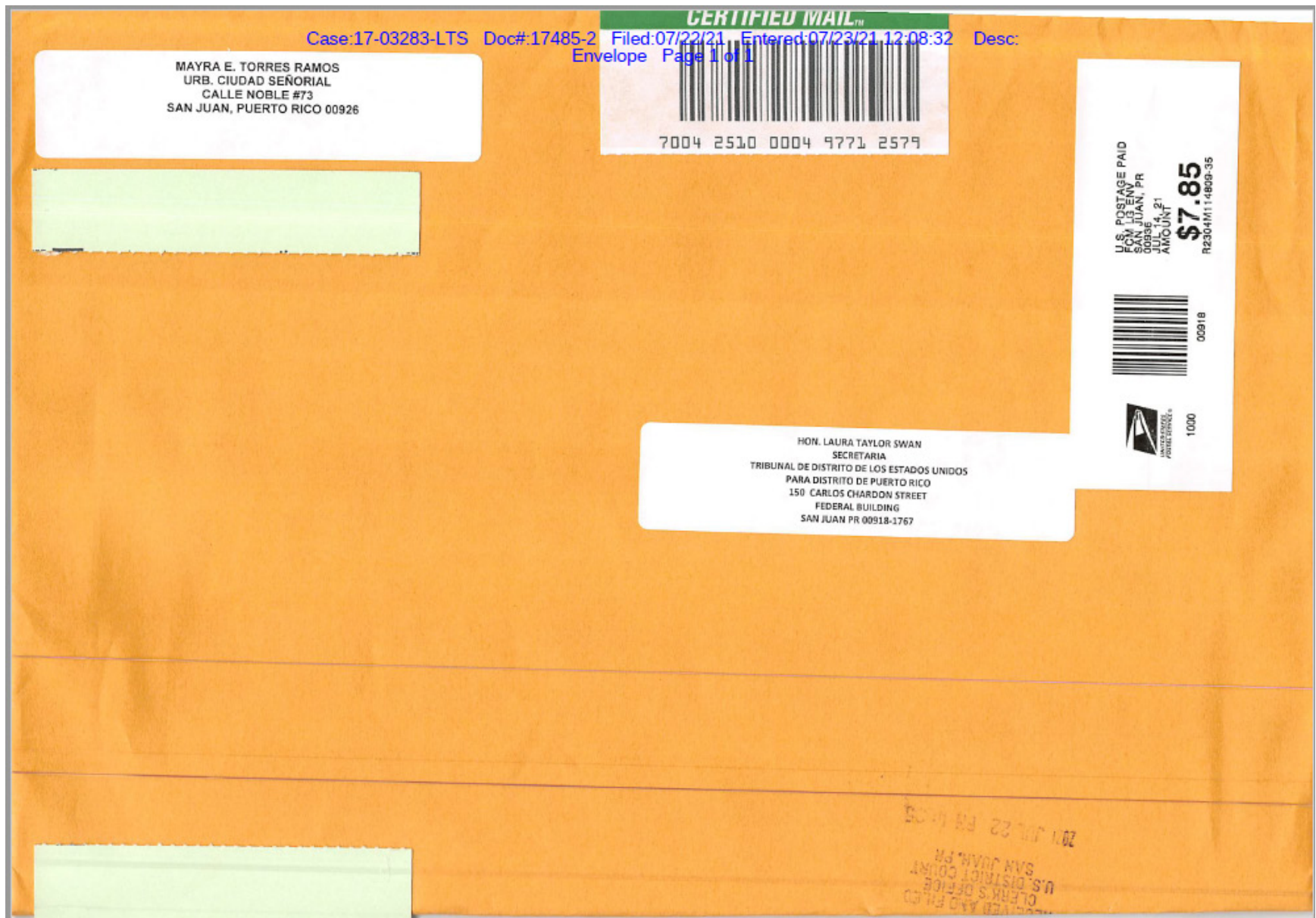
Si tiene preguntas acerca de este aviso, llame al (844) 822-9231 (local), (646) 486-7944 (internacional), envíe
un correo electrónico a PuertoRicoInfo@PrimeClerk.com, o visite <https://cases.primeclerk.com/puertorico>

You may also submit your claim electronically by visiting <https://cases.primeclerk.com/puertorico/EPOC-Index>

También puede enviar su reclamo electrónicamente visitando <http://cases.primeclerk.com/puertorico/EPOC-Index>

EPOC ID: 170356600413134

U0501 v.01 02.15.2018



*Certified to be a correct and true translation from the source text in Spanish to the target language English.
17/AUGUST/2021 - Andreea I. Boscor ATA-certified Spanish-English #525556
By Targem Translations Inc.*



T 718.384.8040
W TargemTranslations.com
E projects@targemtranslations.com
A 185 Clymer St. Brooklyn, NY 11211

TRANSLATOR'S CERTIFICATE OF TRANSLATION

Translation from: Spanish (Puerto Rico) into English (US)

TARGEM Translations Inc.

I, Andreea I. Boscor, ATA-certified Spanish-English #525556, acting as translator at TARGEM Translations Inc., a NEW YORK City corporation, with its principal office at 185 Clymer Street, Brooklyn, NY, 11211, USA, certify that:

the English translated document is a true and accurate translation of the original Spanish and has been translated to the best of my knowledge.

Original Document Name: **Claim No. 161653 ECF No. 17485**

Signed this 17th day of August, 2021



Verify at www.atanet.org/verify

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Andreea I. Boscor', written over a horizontal line.

Andreea I. Boscor

